

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

N° 206

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

-6 JUN 1944

Présentée et soutenue publiquement le 1944

François, Marie COLLANGETTES

Né le 30 septembre 1916, à Paris

A propos de deux cas de syphilis hépatique

Président : M. VILLARET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **COLLANGETTES**

Prénoms : **François, Marie.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

COLLANGETTES (François - Marie). — A propos de 2 cas de syphilis hépatique. — *Paris, Librairie Arnette, 1944, in-8 r., 47 p.*

(Th. méd. (Et.) Paris, 1944, n°..).

COLLANGETTES (François - Marie). — A propos de 2 cas de syphilis hépatique. — *Paris, Librairie Arnette, 1944, in-8 r., 47 p.*

(Th. méd. (Et.) Paris, 1944, n°..).

COLLANGETTES (François - Marie). — A propos de 2 cas de syphilis hépatique. — *Paris, Librairie Arnette, 1944, in-8 r., 47 p.*

(Th. méd. (Et.) Paris, 1944, n°..).

COLLANGETTES (François - Marie). — A propos de 2 cas de syphilis hépatique. — *Paris, Librairie Arnette, 1944, in-8 r., 47 p.*

(Th. méd. (Et.) Paris, 1944, n°..).

ANNÉE 1944

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement le..... 1944

François, Marie COLLANGETTES

Né le 30 septembre 1916, à Paris

**A propos de deux cas
de syphilis hépatique**

Président : M. VILLARET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1944

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	BROCQ
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	LANTUEJOUL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNÈQUE
Clinique propédeutique	VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)..	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN- TANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{me} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique

MM.

DE GENNES ...	Pathologie médicale.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
LACOMME	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN...	Anatomie pathologique

MM.

LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE ...	Parasitologie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHEVALLIER.		DE GAUDART	
LAROCHE (G.).		D'ALLAINES.	
MOREAU.		MOULONGUET.	
SÉZARY.		MOURE.	
MM.			
ECALLE.	Clinique obstétricale.		
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARET

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Broussais

*Qui m'a fait l'honneur d'avoir bien voulu
accepter la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR COCHEZ

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et
qui a toujours été pour moi un guide pré-
cieux au cours de mon année passée dans son
Service.*

*En témoignage de ma profonde reconnais-
sance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUET.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEGOS.

A TOUS LES MEDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH (DE PARIS)

INTRODUCTION

La syphilis du foie est une des localisations viscérales de la syphilis et peut survenir à tout âge : chez le fœtus, l'enfant et l'adulte.

Les lésions hépatiques sont superposables aux lésions cutanées ou rénales.

Les unes sont diffuses, passagères, et s'observent au cours des syphilis jeunes du fœtus et de l'adulte.

Les autres sont anciennes, systématisées, tenaces et surviennent au cours des syphilis tardives.

Mais alors que le tréponème, signature de l'étiologie syphilitique, se trouve en grande quantité sur les foies d'hérédo-syphilitiques, chez l'adulte, on ne peut trouver le tréponème, malgré la ténacité des recherches, qu'il s'agisse de syphilis expérimentale (MILHIT) ou d'ictère grave syphilitique (SÉZARY).

Dans ces conditions, ce ne peut être que l'aspect histologique des lésions, la notion des antécédents, l'épreuve thérapeutique, qui permettent d'attribuer à la syphilis les lésions observées.

À propos d'un cas d'hépatite syphilitique congénitale, le professeur SÉZARY a insisté récemment sur

l'intérêt du diagnostic et du traitement des hépatites syphilitiques scléro-gommeuses :

« Il nous paraît intéressant — dit-il, à propos de son observation —, de souligner ce fait qui doit encourager à traiter, certes avec toute l'énergie et la persévérance possibles, les cas d'hépatite dont on peut craindre l'étiologie syphilitique. »

Deux observations cliniques que nous avons eu l'occasion de suivre ces temps derniers, nous permettent de reprendre dans ce travail l'étude des lésions tertiaires tardives de la syphilis acquise de l'adulte, dont nous retiendrons surtout les deux types essentiels :

l'hépatite scléro-gommeuse
et la cirrhose.

HÉPATITE SYPHILITIQUE SCLÉRO-GOMMEUSE

C'est la forme la plus habituelle de la syphilis hépatique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le foie scléro-gommeux, recouvert d'une épaisse couche de périhépatite, présente des bosselures indurées, séparées par des dépressions, des sillons plus ou moins profonds qui apparaissent sous forme de bandes nacrées, fibreuses, réalisant le foie ficelé.

A la coupe, le parenchyme crie sous le couteau ; entre les bandes de tissu fibreux blanc nacré, le parenchyme hépatique peut ou constituer de véritables adénomes par hypertrophie compensatrice, ou être en dégénérescence amyloïde ou granulo-graisseuse. En certains points se voient des gommes parfois ramollies.

Histologiquement, on constate des bandes de sclérose qui partent des espaces porto-biliaires et disloquent les travées hépatiques, des lésions d'endartérites et de périartérites avec infiltration abondante de plasmocytes, des gommes entourées de tissu fibreux, avec des néo-canalicules biliaires et dont le centre présente une dégénérescence granulo-graisseuse ; récentes, elles sont roses ; anciennes, elles ont l'aspect classique de marron cru.

CLINIQUE

Notre première observation va nous permettre d'en étudier l'évolution clinique.

OBSERVATION I

M. P..., 44 ans, voyageur de commerce, vient consulter en gastro-entérologie à Saint-Joseph le 18 janvier 1943, parce que : depuis déjà sept mois il se plaint de violentes douleurs épigastriques après les repas, douleurs durant 2 à 3 heures, irradiant vers l'hypocondre droit, sans vomissements. Ces douleurs remontent à juin 1942. Après un bon déjeuner à la campagne et au cours duquel le malade a mangé une bombe glacée (!), il est pris subitement de douleurs brutales au niveau de l'épigastre, l'obligeant à se coucher. Au bout d'une demi-heure, après absorption de boissons chaudes, les douleurs se calment. Depuis,

les douleurs réapparaissent de plus en plus fréquentes et de plus en plus violentes. Enfin le malade, qui avait déjà maigri depuis un an, voit son poids fondre de plus en plus, se sent très fatigué ; sans parler de fièvre, puisqu'il n'a pas pris sa température, il avoue qu'à certains moments, il s'est senti fébricitant.

A L'EXAMEN, on le trouve amaigri, et de plus, chose dont il ne s'était pas aperçu, son teint est légèrement subictérique.

Le foie est gros, dépassant le rebord costal de trois ou quatre travers de doigt ; sa consistance et son bord sont durs. On sent sa vésicule légèrement douloureuse et de dimensions sensiblement normales.

Dans l'hypocondre gauche, on sent une masse de la grosseur du poing et dépassant largement les fausses-côtes. Mais il est difficile de délimiter cette masse et de la différencier notamment de la matité splénique.

Dans les urines, on trouve des quantités très abondantes d'urobilinogène et d'urobiline, des traces d'albumine. Le malade présente une azotémie à 0 gr. 30, une glycémie à 1 gr. et une cholestérolémie à 0 gr. 93.

Une numération globulaire donne :

Hémoglobine	80 %	
Hématies	4.070.000	
Globules blancs	2.600	
Polyneutro	67 %	
Monocytes	15 %	} 33 %
Mononucléaires	12 %	
Lympho	6 %	

Un B.-W. (Khan, Menicke, Wassermann, Hecht) est totalement négatif. Légère leucoplasie à la face interne des joues. Pas de ganglions épitrochléens.

Les réflexes sont normaux, le cœur et les poumons normaux.

Une radiographie pratiquée montre un estomac normal, ainsi qu'un bulbe duodénal normal. La masse perçue au palper se projette au dehors de l'image gastrique, dans l'aire duodénale en décubitus dorsal, ombre étendue au niveau de l'hypocondre gauche, pouvant appartenir à un gros rein ou à un lobe gauche du foie hypertrophié plutôt qu'à une grosse rate.

Dans les antécédents du malade :

On note un chancre du sillon balano-préputial en novembre 1931, avec ultra et B.-W. positif ; est traité à Saint-Louis par une série de novarsénobenzène simultanément avec du bivatol du 4 novembre 1931 au 31 décembre 1931, et se repose un mois, au bout duquel le B.-W. est négatif, le chancre a disparu.

Du 6 février 1932 au 9 avril 1932, deuxième série de novarsénobenzène, puis arrêt de tout traitement d'avril à octobre 1932, intervalle pendant lequel le malade séjourne au Maroc. A son retour, en octobre, revient à Saint-Louis, où un nouveau B.-W. est négatif. Se traite encore pendant cinq ans avec diverses séries d'injections de bismuth. Tous les B.-W. pratiqués sont négatifs. Le malade se croit complètement guéri, et de lui-même abandonne tout traitement. A noter que son B.-W. est toujours négatif et malgré son passé spécifique certain, le diagnostic de calcul

du canal de Wirsung ou de néoplasie est posé. Il entre à l'hôpital le 15 février 1943, et le 16 une laparotomie exploratrice paramédiane droite découvre :

— une vésicule normale se vidant bien et facilement. Un gros foie dont la face est ravinée, ficelée, foie scléro-gommeux, quelques ganglions hilaires, spécificité hépatique tertiaire certaine.

Après cette intervention, notre malade fait deux ou trois clochers thermiques à 39°9, puis se maintient subfébrile aux environs de 38° pendant un mois, pendant lequel il reste en chirurgie et où aucun traitement spécifique n'est entrepris. Dès son passage en médecine générale, le 16 mars, on institue un traitement au cyanure de mercure intraveineux tous les deux jours. Au bout de dix injections, la température est retombée peu à peu à la normale et le malade rentre chez lui, où on lui termine sa série de cyanure de mercure en totalisant vingt.

Il se repose deux mois chez lui, au bout desquels les douleurs ont presque entièrement disparu. Il a repris 15 kilos. Au 10 juillet, nouvelle série de vingt injections intraveineuses de cyanure de mercure ; un B.-W. pratiqué est toujours négatif.

Nous avons revu récemment le malade, qui se trouve transformé : il ne ressent plus aucune douleur, il a retrouvé son poids normal, son foie a légèrement diminué de volume, mais reste encore gros et dur, et la palpation ne révèle aucune douleur. La rate est percutable, mais non palpable.

Bref, ce malade a été transformé avec deux séries de cyanure de mercure ; nous lui conseillons de poursuivre son traitement encore longtemps et nous lui proposons de changer la thérapeutique en instituant un traitement au bismuth.

.....

Cette observation résume en somme la clinique de l'hépatite scléro-gommeuse (forme pseudo-chirurgicale).

Le *début*, généralement insidieux, soit par des troubles digestifs (anorexie, flatulences, crises de diarrhée, léger météorisme), soit par des troubles douloureux dus à la périhépatique, douleurs sourdes, rarement vives, continues ou exacerbées, simulant parfois la colique hépatique. Ces signes s'accroissent peu à peu, et

à la *période d'état*, l'état général s'altère, il y a amaigrissement, parfois léger subictère, assez souvent de la fièvre à type continu ou irrégulier et ne cédant qu'au traitement spécifique.

Et ce qui frappe à l'examen, c'est le bombement anormal de la partie sus-ombilicale de l'abdomen.

Le foie est gros, déforme souvent la région épigastrique, sa surface est irrégulière, bosselée, son bord inférieur est souvent dur, déformé, tranchant et fixé par la périhépatite.

La palpation réveille une douleur que le malade accuse souvent déjà spontanément dans cette région.

La rate est grosse, toujours nettement percutable sur plusieurs travers de doigt, parfois palpable.

Parfois, légère ascite peu abondante, en général tardive, se développant lentement et évoluant par poussées irrégulières, en général sans circulation collatérale.

Les urines contiennent très souvent une notable quantité d'albumine et certains auteurs (Lancereaux) considèrent que ce symptôme, associé à la splénomégalie, est un argument en faveur de la syphilis.

L'évolution en est lente, généralement vers la cachexie, des hémorragies (épistaxis, gingivorragies) ne sont pas exceptionnelles, les troubles digestifs s'accroissent, la diarrhée s'installe, la déficience fonctionnelle du foie s'aggrave et tous les symptômes peuvent évoquer l'idée d'un cancer et la mort survient.

FORMES CLINIQUES

Parmi les formes cliniques, nous retiendrons :

La forme fébrile. — La fièvre est en effet signalée dans plusieurs observations. Il semble que chez notre malade, il y ait eu un état fébrile qu'évidemment nous pourrions rattacher à son intervention, mais cette durée de la fièvre (un mois) et sa chute lors de l'institution du traitement mercuriel, semble bien indiquer néanmoins la nature syphilitique de cette fièvre.

CASTAIGNE, GOURAUD et PAILLARD la signalent dans de nombreuses observations, réalisant les tracés les plus divers, soit accès intermittents, soit poussées de fièvre continue, cette fièvre ne cédant nullement aux antithermiques habituels, mais seulement au traitement spécifique.

Dans une observation de PAILLARD, on avait pensé à la tuberculose chez un jeune homme qui faisait de la fièvre tous les soirs, et on s'aperçut bientôt qu'elle était due à une syphilis hépatique.

GILBERT, CHIRAY et COURY ont montré, par l'appui de quatre observations, combien la fièvre est souvent le symptôme dominant et qui bien souvent fera errer le diagnostic, la durée pouvant atteindre des mois et des années, et ils concluent :

« L'hépatite spécifique hypertrophique fébrile nous semble devoir prendre une place spéciale dans la nosographie de la syphilis du foie ; elle paraît être une forme jeune de l'hépatosyphilis dont nous connaissons surtout les grosses lésions, les lésions définitives. Ce serait là, sous forme d'hépatite syphilitique globale congestive, quand le traitement spécifique n'intervient pas à temps pour en enrayer l'évolution, la première étape anatomo-clinique de la syphilis scléro-gommeuse du foie ou des cirrhoses syphilitiques, et sur lesquelles le traitement n'a qu'une action incomplète ou nulle. Ce n'est là, à la vérité, qu'une hypothèse, mais une hypothèse plausible qui nous semble comporter des déductions cliniques et thérapeutiques d'un grand intérêt. »

Les formes pseudo-chirurgicales. — Souvent d'étiologie syphilitique méconnue, l'hépatite syphilitique tertiaire scléro-gommeuse créant des déformations et une hypertrophie du foie, est capable de simuler une tumeur hépatique ou extra-hépatique, et d'entraîner une intervention chirurgicale. Existe-t-il des douleurs

vives ou de la fièvre, on pense à une cholécystite (ce fut le cas pour notre observation) ou même à un abcès du foie. D'autres fois, devant des phénomènes douloureux, la forme, le siège de la tumeur, on peut envisager un kyste hydatique.

LEJARS a publié autrefois plusieurs observations où l'on avait d'abord pensé à un rein ptosé, à un kyste hydatique du foie, et le B.-W. positif et le traitement d'épreuve permirent de conclure à une syphilis.

« Cette forme dite chirurgicale peut devenir une forme pseudo-néoplasique, quand l'altération de l'état général vient se superposer aux modifications de forme, de volume et de consistance de l'organe », nous dit CADE.

La forme pseudo-néoplasique. — Suivant les cas, on peut penser à un cancer primitif ou secondaire, soit un cancer d'un organe voisin.

Le symptôme essentiel de ces formes est la tumeur abdominale et les troubles de l'état général. CADE publie en 1931 deux observations où le diagnostic de néoplasie secondaire du foie avait été posé et qui étaient un foie scléro-gommeux.

MOURIQUAND, la même année, publie une observation analogue.

CADE relève dans la littérature 21 cas de syphilis tertiaire pseudo-néoplasique, la plus ancienne datant de 1860 est due à Lancereaux, et il conclut que « sans être rares, ces formes ne sont pas très fréquentes ».

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

SI LE FOIE EST GROS ET RÉGULIER :

Le *cancer* — la splénomégalie, si elle existe, voit écarter l'idée de cancer, l'évolution nette vers la cachexie, et surtout l'augmentation progressive du foie, tous signes de cancer n'existant pas dans la syphilis, encore faut-il se méfier des formes pseudo-néoplasiques dont nous avons parlé plus haut.

Foie cardiaque. — L'examen complet du malade renseignera sur l'état du cœur.

Gros foie tuberculeux ou paludéen. — Là encore, les recherches des antécédents trancheront la question.

SI LE FOIE EST GROS ET FICELÉ :

Ici le diagnostic est plus évident. Mais on peut penser à :

— un *cancer secondaire*, mais là encore l'évolution est rapide, s'accompagnant plus facilement d'ictère et d'ascite, la cachexie est plus marquée ;

— un *kyste hydatique*, c'est là l'erreur la plus courante ; aussi doit-on vérifier l'existence de l'intoxication hydatique : éosinophilie, réactions de fixation, traitement d'épreuve.

Enfin, l'existence d'une *grosse rate* doit faire penser à la syphilis.

— une *vésicule dilatée*, qui peut faire penser à une tumeur de la vésicule, du pylore ou du rein. Dans ce cas, où ni la palpation, ni la radiographie ne montrent à quel organe on a affaire, une étude précise de la sémiologie fonctionnelle servira souvent à le déterminer approximativement.

CIRRHOSE ET SYPHILIS

De nombreux auteurs ont insisté, ces dernières années, sur le rôle important que joue la syphilis dans l'étiologie des cirrhoses, seule ou plus souvent associée à d'autres facteurs, et au premier rang à l'éthylisme.

La cirrhose d'origine syphilitique revêt presque toujours l'allure clinique d'une cirrhose hypertrophique, avec ascite, d'apparence banale. La nature syphilitique de la cirrhose atrophique avec ascite du type Laennec est beaucoup plus discutée et certainement beaucoup plus rare.

Notre Observation II va nous permettre d'étudier le rôle de la syphilis à l'origine de certaines cirrhoses hypertrophiques.

OBSERVATION II

M. R..., 55 ans, garçon de bureau à la Préfecture de Police, entre à l'Hôpital Saint-Joseph le 27 septembre 1941, pour cirrhose hypertrophique avec ascite.

A l'interrogatoire, on apprend que le 20 juillet dernier il a été pris d'étourdissements et de vertiges,

accompagnés d'une dyspnée importante, de douleurs diffuses dans tout l'abdomen, qui, avait-il déjà remarqué, avait augmenté progressivement de volume depuis quelque temps. Le malade se couche, et le lendemain présente une diarrhée importante, pas de fièvre. En quinze jours le malade maigrit de 14 kgs. Depuis, les douleurs se calment, mais le malade continue à maigrir, et l'abdomen devient de plus en plus volumineux, ce qui le décide à venir consulter et à se faire hospitaliser.

Dans ses antécédents, on ne note rien d'important à signaler, sinon que le malade avoue lui-même être un gros buveur. Néanmoins, depuis la guerre, il a largement diminué sa ration de vin journalière.

L'EXAMEN montre un abdomen très volumineux, étalé. La palpation et la percussion révèle une ascite importante, l'ombilic est déplissé, il existe une circulation collatérale.

Le foie est difficilement palpable à cause de l'ascite. On perçoit néanmoins son bord supérieur (signe de glaçon) à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal ; il est dur, mais semble régulier, lisse, non bosselé et non ficelé.

La rate est percutable, mais non palpable.

Les réflexes sont normaux, les pupilles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Les urines sont rares : il n'y a ni sucre, ni albumine.

Les poumons sont normaux.

A l'auscultation du cœur, il semble qu'il y ait une ébauche de bruit de galop, sa tension artérielle est de 16-9. Une urée sanguine est à 0 gr. 20.

Un B.-W. pratiqué est partiellement positif comme suit :

HECHT	WASSERMANN	MEINICKE	KAHN
— + — + —	— — — — —	— + + +	— + + +

Le malade n'avoue aucun antécédent spécifique connu.

Néanmoins, si les pupilles sont normales, les réflexes normaux, et qu'il ne présente pas de lésion aortique, on relèvera, à la face interne des joues, deux ou trois plaques de leucoplasie, une langue creusée de nombrux sillons, et de plus un ganglion épitrochléen de chaque côté.

Donc, pas de doute possible sur le terrain spécifique surajouté à l'éthylisme chez le malade.

On institue un traitement avec 1 gr. par jour de théobromine, avec tous les deux jours une injection intramusculaire d'extrait hépatique. On institue en outre un traitement spécifique au cyanure de mercure intraveineux, une injection tous les deux jours, les jours intercalaires où on ne lui fait pas d'extrait hépatique. De plus, 5 gouttes de digitaline par jour pendant dix jours.

Le malade traîne ainsi après avoir subi vingt injections de cyanure de mercure d'une façon entrecoupée, car au bout de quelques injections il présente de la stomatite. Enfin, sur sa demande, le malade sort de l'hôpital le 20 décembre 1941 sans amélioration appréciable.

Il ne tarde pas à nous revenir fin janvier et ressort au début de mars ; puis une troisième fois est obligé de revenir, le 14 avril 1942. A cette époque, le malade a maigri de plus en plus, il présente une ascite abondante lui occasionnant une gêne respiratoire intense et dès son entrée une ponction de 11 l. 500 est pratiquée. L'analyse du liquide nous montre :

Lymphocytes	61 %
Polynucléaires	11 %
Cellules endothéliales	28 %
Pas de germes, et albumine.....	30 gr.

Le B.-W. n'a pas été pratiqué sur le liquide d'ascite.

On reprend les injections de cyanure de mercure, que l'on est bientôt obligé d'interrompre dès la quatrième injection, car le malade fait une stomatite importante et une diarrhée abondante.

Il urine très peu : aux environs de 500 cc. par jour; on reprend l'extrait hépatique, on lui fait de l'ouabaine intraveineux et du neptal.

Le 29 avril, nouvelle ponction de 9 l. 500. Le malade est maintenu ainsi pendant quatre mois, après avoir subi une thérapeutique plus ou moins variée qui n'a eu aucune influence sur l'abondance journalière de ses urines, qui se maintiennent toujours aux environs de 500 cc. et après avoir eu onze ponctions totalisant 112 l., la dernière pratiquée le 14 septembre et se montant à 6 l. 600. Devant l'insuccès de toute cette thérapeutique, on tente de nouveau les injections intraveineuses de cyanure de mercure tous les deux jours, qu'il semble, cette fois-ci, vouloir mieux

tolérer, et brusquement, après être monté progressivement à 1 litre d'urine par jour, brusquement, dans la nuit du 4 au 5 octobre, grande crise polyurique de 2 l. 500, chiffre qui se maintient pendant une dizaine de jours après être monté jusqu'à 3 litres, puis diminuant pour rester aux environs de 1 l. 500. L'abdomen, en même temps, diminue de volume et semble s'assécher petit à petit.

Le 3 novembre, à l'examen, l'abdomen est presque de volume normal, le foie déborde de trois travers de doigt le rebord costal ; on peut cette fois-ci mieux le caractériser, est dur, lisse, surface régulière, en aucun point on ne sent de bosselures, ni de saillies, son bord est libre et régulier sans incisures.

Le 26 novembre, l'état général s'est nettement amélioré, le malade a repris du poids, son foie a légèrement régressé et ne dépasse plus que de deux travers de doigt le rebord costal ; néanmoins, il reste dur.

La rate est percutable, de dimensions normales. Il existe une légère circulation collatérale au niveau de l'abdomen.

Le malade a reçu vingt injections de cyanure de mercure, il sort cette fois-ci nettement amélioré.

Depuis, nous l'avons revu, il a repris ses occupations de garçon de bureau.

Il a refait faire une série de quinze cyanure, du 15 mars au 5 mai 1943, il vient régulièrement nous voir.

On lui refait un B.-W. le 29 septembre 1943, qui se trouve totalement négatif. Néanmoins, nous lui con-

seillons de reprendre une série de cyanure de mercure qu'il vient de terminer.

Récemment, nous l'avons revu. Son abdomen est souple, pas la moindre trace d'ascite, ni de circulation collatérale.; son foie est toujours gros et dur, il mesure 16 cm. sur la ligne mamelonnaire et dépasse de trois travers de doigt au niveau de l'épigastre. Si nous ne pouvons affirmer une guérison complète, néanmoins il faut reconnaître une amélioration considérable, que l'on trouve rarement chez un cirrhotique banal.

.....

En résumé, cette observation nous montre un homme, alcoolique avéré, qui fait une cirrhose hypertrophique du foie avec ascite, circulation collatérale modérée, grosse rate, avec un B.-W. partiellement positif, mais dans les antécédents duquel on ne retrouve pas la notion de spécificité ; néanmoins il faut noter les stigmates relevés (langue ficelée, leucoplasies et ganglions épitrochléens).

Ce malade d'abord non amélioré par le traitement habituel banal de la cirrhose, n'ayant pas supporté les premières injections de cyanure de mercure, se trouve ensuite rapidement transformé par le traitement au cyanure de mercure, après avoir subi onze ponctions du 11 avril au 14 septembre 1942, qui ont totalisé 112 litres.

Suivi régulièrement depuis un an après sa sortie de l'hôpital, il conserve un foie encore légèrement

augmenté de volume, mais paraissant cliniquement guéri.

Cette observation est calquée sur toutes les nombreuses observations déjà publiées en faveur de l'origine syphilitique de certaines cirrhoses hypertrophiques, étiologie certaine pour quelques auteurs, mais encore discutée pour beaucoup d'autres. Quels sont donc les éléments qui permettent de déceler la syphilis à l'origine d'une cirrhose d'apparence banale ?

Déjà en 1869, LANCEREAUX avait employé le terme de cirrhose syphilitique, mais il s'agissait de foies ficelés présentant l'aspect habituel de la syphilis hépatique tertiaire telle que nous l'avons décrite avec notre Observation I, et LANCEREAUX la distinguait de la cirrhose alcoolique.

GERHARDT, en 1898, déclare que même en l'absence de déformation du foie, toute cirrhose qui se déclare chez un syphilitique avec étiologie spéciale, doit être considérée comme une cirrhose syphilitique ; cette théorie fut développée par ESMEIN et PARVU, par CASTAIGNE en 1913, et surtout par LETULLE et BERGERON sur la foi d'arguments sérologiques, par COURTOIS-SUFFIT et GIROUX en 1919, CHAUFFARD, BRODIN et DEBRAY, MILIAN et LELONG en 1922, sur la foi d'arguments thérapeutiques, et enfin plus récemment par CADE, qui admet que 24 % des cirrhoses sont syphilitiques.

Aux arguments sérologiques et thérapeutiques, il faut ajouter des arguments cliniques et anatomiques.

ARGUMENTS CLINIQUES

Quelques auteurs admettent que certains symptômes pourraient faire penser à l'origine syphilitique de la cirrhose :

— la sensibilité spéciale de l'abdomen à la palpation et les phénomènes douloureux apparaissant par crises dans la région hépatique, sans doute par suite du processus péritonitique si fréquent au cours des cirrhoses d'origine syphilitique ;

— la variabilité de l'ascite ;

— la rareté des hémorragies ;

— la présence d'une rate volumineuse ;

— l'existence d'une albuminurie massive avec urines pâles ;

— la fièvre enfin, chez un cirrhotique, en l'absence d'une cause évidente d'infection, doit toujours faire penser à la syphilis ;

— l'évolution même serait moins grave.

La recherche systématique des stigmates cutanés, muqueux, oculaires, aortiques, nerveux ou même testiculaires, permet parfois de dépister une spécificité ignorée ou non avouée par le malade.

ARGUMENTS SÉROLOGIQUES

Cette syphilis peut ne se révéler par aucun signe et être dépistée par les réactions sérologiques. ESMEIN et PARVU, en 1909, publient une observation de cirrhose hypertrophique ascitogène avec réaction B.-W. positive dans le sang et ascite. Disparition de l'ascite obtenue par traitement au mercure.

En 1912, LETULLE et BERGERON, grâce à des réactions sérologiques systématiques, décèlent l'existence d'une syphilis latente qui, sans épreuve de laboratoire, aurait pu rester méconnue, particulièrement au cours des affections chroniques du rein ou du foie.

Sur 18 malades atteints d'hépatite chronique, la réaction de B.-W. s'est montrée 11 fois négative et 7 fois positive, et sur ces 7 derniers cas, 6 étaient atteints de cirrhose hypertrophique et 1 de cirrhose atrophique de Laennec, et chez ce dernier ils n'ont pu retrouver le moindre stigmate de vérole, et 5 d'entre eux présentaient des stigmates de la syphilis et ils concluent que les méfaits cachés du tréponème dépassent ses méfaits avérés. Il semble que la syphilis soit, directement ou indirectement, responsable de maintes affections chroniques plus ou moins.

ARGUMENTS THÉRAPEUTIQUES

L'épreuve thérapeutique constitue pour certains l'élément le plus sûr pour le diagnostic de la syphilis hépatique.

COURTOIS-SUFFIT et GIROUX publient à la Société Médicale des Hôpitaux 4 cas de cirrhose alcoolique avec B.-W. positif dans le sang et pour 3 d'entre eux dans le liquide d'ascite, ayant guéri par le traitement spécifique.

Une affection hépatique qui cède au traitement syphilitique fait la preuve de sa nature. L'argument thérapeutique peut donc avoir une valeur décisive. CHAUFFARD, BRODIN et DEBRAY publient en 1922 cinq

observations de cirrhose hypertrophique avec ascite, B.-W. positif ayant été nettement amélioré par les injections intraveineuses de cyanure de mercure. MILIAN et LELONG, la même année, prônent l'action du cyanure de mercure dans les hépatites syphilitiques à forme cirrhotique, en disant que « l'action diurétique du cyanure de mercure est sans aucun doute, dans la grande majorité des cas, imputable à l'action antisiphilitique du médicament » et ils nous présentent un malade auquel la théobromine n'avait pas agi, et qui, au cyanure de mercure, a vu ses urines revenir abondantes et son ascite se résorber.

Tous pourtant n'admettent pas cette action. Les observations, disent-ils, montrent une amélioration, une guérison de l'ascite, elles n'indiquent pas une guérison de la cirrhose. Les améliorations pouvant être obtenues par simple régime associé au repos et leur gros argument est que l'action adjuvante du traitement mercuriel, en particulier du cyanure de mercure, est incontestable, mais il agit comme un diurétique et non comme un antisiphilitique.

RIEUSSET, dans sa thèse de Montpellier en 1923, semble prouver que la nature diurétique du cyanure de mercure suffit à faire disparaître l'ascite et que les résultats obtenus par le cyanure de mercure ne suffisent pas à prouver la nature syphilitique de la cirrhose. La guérison des lésions du foie ne suit pas celle de l'ascite.

FIESSINGER, lors de la récente communication de SÉZARY à la Société Médicale des Hôpitaux, dit à pro-

pos des cirrhoses alcooliques traitées par le cyanure de mercure, que « les résultats obtenus sous forme de disparition de l'ascite ne sont pas subordonnés à l'intervention d'une syphilis, ils peuvent manquer chez des syphilitiques, comme ils peuvent apparaître chez des sujets non syphilitiques à Wassermann négatif ». Le cyanure de mercure, et plus rarement les sels de bismuth, peuvent posséder une action hépatogénétique non spécifique.

Si, comme on le voit, les arguments thérapeutiques ne sont pas convaincants, il faut néanmoins les prendre en considération, et dans notre observation la régression même du volume du foie en même temps que la transformation de l'état général, peut être un argument certain.

ARGUMENTS ANATOMIQUES

Alors que la fréquence des formes impose le diagnostic dans la syphilis scléro-gommeuse tertiaire du foie, par contre l'origine syphilitique de la cirrhose est plus difficile à prouver.

LETULLE et BRIZARD ont montré l'existence, fréquente chez les cirrhotiques, de lésions péritonéales : épaissement du péritoine diffus ou localisé en périhépatite ou d'aspect nacré, émaillé, blanc laiteux. LETULLE attire l'attention sur un état spécial de l'intestin grêle ou gros, selon les cas, et qui ressortit à la seule syphilis : « Les anses grêles sont augmentées de volume, lourdes, rappelant dans les cas extrêmes la préparation de charcuterie connue sous le nom de bou-

din blanc. » Ces lésions du péritoine, attribuées à la syphilis par LETULLE, ont été invoquées par lui à l'origine de l'ascite.

Les lésions histologiques du foie et du péritoine sont constituées par une hypertension du tissu conjunctivo-vasculaire avec endoartérite et périartérite, infiltration lympho-plasmocytaire et perte de l'architecture élastique. Ces lésions attribuées à la syphilis par LETULLE, par GRENET, ne paraissent pas spécifiques à BRULÉ, qui les a souvent rencontrées dans la tuberculose.

Hépatites parenchymateuses.

BRULÉ signale dans le chapitre « syphilis hépatique » du *Traité de la syphilis* de JEANSELME, des variétés anatomiques fort peu connues de la syphilis du foie, l'hépatite parenchymateuse qui semble pouvoir être rattachée à la cirrhose, car d'une part les constatations anatomiques avaient donné, cliniquement, la symptomatologie de la cirrhose ; d'autre part il faut admettre, avec FIESSINGER, l'existence de rapports étroits entre les hépatites et les cirrhoses, le tissu de sclérose venant remplacer les cellules hépatiques détruites, dont il est intéressant de noter qu'en même temps qu'une cirrhose, on peut observer des lésions avancées des cellules hépatiques. CARNOT, BRIN et CHABROL (*Soc. méd. hôp.*, 1910) ont observé un cas d'hépatite parenchymateuse nodulaire syphilitique. L'histoire clinique en était celle d'une cirrhose avec ascite et splénomégalie. Le diagnostic de syphilis

avait été établi par la réaction B.-W. positive ; il fut contrôlé à l'autopsie par la constatation de gommès multiples disséminées dans toute l'étendue du lobe gauche, alors que le lobe droit, sclérosé, présentait au microscope l'aspect d'hépatite nodulaire parenchymateuse. La lésion était donc de même ordre que celle de l'hépatite paludéenne et de la cirrhose hypertrophique alcoolique.

MACAIGNE et JACQUINET, en 1924, ont fait une observation analogue d'hépatite parenchymateuse diffuse associée à des lésions scléro-gommeuses et ils admettent qu'il s'agit d'une réaction directe de la cellule hépatique contre le virus syphilitique, et BRULÉ conclut : « Quoique rares, ces constatations anatomiques sont singulièrement intéressantes, puisqu'elles objectivent, au cours de la syphilis hépatique, la lésion primitive de la cellule hépatique elle-même, lésion que les recherches de ces dernières années montrent comme étant d'importance capitale dans toutes les maladies du foie. »

**

Tous ces divers arguments peuvent se retrouver, à part les constatations anatomiques, dans le cas de notre deuxième malade qui, en même temps que syphilitique, était aussi un alcoolique avéré et avoué, il faut le reconnaître.

Mais est-ce à dire que dans son cas nous devons incriminer la syphilis isolément comme agent de la cirrhose ? Il ne nous le semble pas, comme l'ont bien souligné VILLARET et JUSTIN-BESANÇON ; nous pensons

à une symbiose alcoolo-syphilitique ; l'alcoolisme, en lésant le parenchyme hépatique, déterminerait la localisation de la syphilis sur le foie et favoriserait sur cet organe le développement de la sclérose, si fréquente dans tout processus syphilitique.

En 1922, VILLARET, BLUM et BÉNARD avaient donné des arguments en faveur de la nature alcoolo-syphilitique des cirrhoses dites alcooliques et avaient bien montré le rôle joué par la syphilis dans les cirrhoses veineuses du foie : « En dehors des hépatites à proprement parler, purement spécifique, la syphilis associée à l'intoxication alcoolique, semble, en effet, devoir englober la plupart des cas étiquetés cirrhoses alcooliques ». Cette notion n'a pas seulement un intérêt purement nosographique. Elle est susceptible d'orienter le traitement des cirrhoses veineuses dans une voie nouvelle, qui compte d'ores et déjà des succès indiscutables.

GILBERT et VILLARET, en 1925, écrivaient : « Ce n'est pas l'alcoolisme seul qui détermine la cirrhose, il est incontestable qu'il intervient dans la production de la cirrhose un élément infectieux », et en reconnaissant possible le rôle de la tuberculose qu'avait invoqué l'école lyonnaise, ils montrent que la tuberculose n'est le plus généralement que le fait d'une infection seconde à la faveur de l'insuffisance hépatique, alors que la syphilis joue un rôle beaucoup plus important dans l'étiologie des cirrhoses dites alcooliques ; c'est donc à une association syphilis-alcool qu'il faut nous cantonner.

Quoi qu'il en soit, l'identification des cirrhoses syphilitiques reste souvent très délicate, mais en présence du moindre soupçon de syphilis, le traitement antisiphilitique, prudent, mais assez prolongé, doit toujours être tenté, même si la réaction de B.-W. est négative, et l'on peut espérer d'importantes et durables rémissions, qui peuvent sans doute aboutir chez des malades régulièrement traités à une véritable guérison.



Les deux observations que nous venons de rapporter, avec leurs commentaires, nous ont permis de rapprocher les deux types cliniques d'hépatite attribués à la syphilis.

Pourtant, ces deux formes s'opposent nettement par un certain nombre de caractères, comme les lignes précédentes l'ont déjà révélé.*

L'hépatite scléro-gommeuse avec gros foie ficelé, dur, et grosse rate avec lésions histologiques caractéristiques, est le prototype de la syphilis hépatique. Cette hépatite coexiste presque toujours avec des stigmates d'autres localisations spécifiques, souvent avec une réaction sérologique positive, elle réagit d'une façon immédiate et souvent merveilleuse au traitement spécifique.

Par contre, l'étiologie spécifique de *certaines cirrhoses hypertrophiques*, bien qu'admise par de nombreux auteurs, reste discutée pour quelques-uns.

Il est souvent difficile d'en préciser la preuve, car tout en admettant une très forte proportion de syphilis parmi les cirrhotiques, il faut bien reconnaître que les cirrhotiques syphilitiques sont en même temps

presque toujours des alcooliques (VILLARET, BRULÉ), les recherches étiologiques ne permettant qu'exceptionnellement d'incriminer la syphilis isolément comme agent de cirrhose. Les lésions histologiques mêmes ne sont pas absolument caractéristiques.

Le traitement enfin ne donne pas dans cette forme de cirrhose, même quand la syphilis joue un rôle primordial, un résultat favorable aussi immédiatement que dans l'hépatite scléro-gommeuse. Néanmoins on peut rapprocher ces deux formes sous divers aspects, car nous avons vu que dans les lésions anatomiques des cirrhoses, on peut quelquefois rencontrer des lésions d'hépatite parenchymateuse caractérisée et associée en outre à de l'hépatite scléro-gommeuse ; et comme nous l'avons vu à ce propos, on peut actuellement, grâce aux recherches de FIESSINGER, montrer les rapports étroits qu'il existe, sur un plan d'ailleurs plus étendu que celui de la syphilis, entre les hépatites et les cirrhoses.

Ces deux formes ne constituent d'ailleurs pas les seules localisations hépatiques de la syphilis. La syphilis peut encore être à l'origine de certaines cirrhoses hypertrophiques de HANOT, cirrhoses ictériques, comme HANOT, FIESSINGER, CASTAIGNE, LEREBoullet l'ont signalé.

Et il semble bien que, si la cirrhose hypertrophique de HANOT est devenue actuellement si rare, c'est bien parce que la syphilis est traitée plus précocement et d'une façon plus efficace qu'autrefois.

La syphilis, enfin, a été reconnue aussi à l'origine de certaines cirrhoses pigmentaires.

Les notions que nous avons rappelées et ces deux observations rapportées doivent encourager, selon l'opinion de SÉZARY, « à traiter certes avec toute la prudence nécessaire, mais aussi avec toute l'énergie et la persévérance possibles, les cas d'hépatite dont on peut craindre l'étiologie syphilitique ».

TRAITEMENT

A peu près tous les auteurs sont d'accord sur le choix du médicament : c'est incontestablement le cyanure de mercure en injection intraveineuse la thérapeutique de choix, ainsi que les sels de bismuth.

MILIAN et LELONG, en 1922, préconisent déjà le cyanure de mercure en injections intraveineuses.

Ce traitement, quelquefois difficile à supporter, sera bien toléré par l'adjonction de 1 gr. par jour *per os* de carbonate de bismuth (MILIAN).

Comme nous le montre nos observations, l'hépatite scléro-gommeuse d'une part, est rapidement améliorée, et comme nous le montre SÉZARY, complètement curable.

Alors que des auteurs comme FOURNIER et HUDELO considéraient le pronostic comme des plus sombre, SÉZARY nous présente une observation de syphilis scléro-gommeuse grave, où la thérapeutique spécifique a fait disparaître complètement tous les troubles de la santé et ramené le foie et la rate à leurs dimensions normales, et il conclut : « Le mercure et le bismuth sont les médications dont l'emploi successif permet d'obtenir les meilleurs résultats ».

Pour les cirrhoses, le traitement sera moins rapidement efficace, mais, comme nous l'a montré notre Observation II, sera bien souvent couronné de succès.

On peut dire, avec VILLARET et BLUM, que les formes curables sont surtout les formes hypertrophiques, où l'hypertrophie compensatrice diminue le syndrome d'insuffisance hépatique et d'hypertension portale ; il semble que la thérapeutique de choix soit le cyanure de mercure en injections intraveineuses et, comme le conseille MILIAN, pour éviter les troubles intestinaux, l'adjonction par la bouche de carbonate de bismuth. Enfin, on pourra associer l'iodure de potassium à doses progressives.

Enfin, les *sels de bismuth*. Par ce seul moyen, on empêchera l'évolution des lésions viscérales.

L'ascite peut rétrocéder notamment comme le montre notre observation, et la cirrhose biveineuse, même périportale, peut de ce fait se trouver très modifiée. Les *arsenicaux* ne seront pas employés en raison de leur danger pour la cellule hépatique, déjà considérablement lésée ; on risquerait, en les employant, de favoriser un ictère grave, ou même une dégénérescence graisseuse du foie. « Néanmoins, comme nous le dit SÉZARY, on ne pourra les utiliser que lorsque l'insuffisance hépatique sera guérie, afin de tenter de réduire des séro-réactions rebelles. »

Il faudra toujours y associer les extraits hépatiques, qui aident dans bien des cas à faire tolérer le mercure. VILLARET, dans un mémoire, en 1933, a bien montré, avec JUSTIN-BESANÇON, BÉNARD, BLUM et GUIL-

LEMIN, que la tolérance de l'organisme vis-à-vis du mercure, du bismuth et des arsénobenzènes, est augmentée lorsque l'on prescrit l'emploi simultané de l'extrait de foie : « J'associe, dit-il, depuis près de quinze ans, systématiquement l'opothérapie hépatique aux injections de sels de mercure ou de bismuth, et je tiens à dire que, grâce à ces précautions, je n'ai jamais constaté chez mes malades les accidents bien connus de ces deux substances. » Il pense ainsi renforcer l'action antitoxique générale du foie, et d'autre part d'éviter ce dernier d'être lésé par une médication longtemps prolongée, à plus forte raison lorsque celui-ci est déjà atteint par la syphilis. Il y a avantage à se servir d'extrait hépatique aqueux injectable par voie sous-cutanée ou intramusculaire. L'administration parentérale présente en effet, sur l'absorption buccale, de nombreux avantages, en particulier elle permet une action beaucoup plus constante. La dose à employer doit être forte. VILLARET a montré, dans les recherches qu'il a entreprises avec M^{me} DESOILLE et SVEN, que « les petites doses couramment employées étaient insuffisamment efficaces contre les grandes insuffisances hépatiques, qu'au contraire on obtient des résultats remarquables en employant des quantités cent fois plus élevées que les doses usuelles » et pour cela il faut recourir à une solution concentrée, et il conclut : « L'association de l'opothérapie hépatique, surtout par voie parentérale et à hautes doses, nous paraît constituer un progrès

très intéressant et une sécurité indéniable au cours des thérapeutiques modernes antisiphilitiques ».

Bref, la combinaison du traitement spécifique et diététique pourra, dans certains cas et comme ce le fut dans notre observation, briser une évolution de la cirrhose et permettre une guérison presque certaine.

CONCLUSIONS

1° La syphilis hépatique du type tertiaire est une localisation de la syphilis de l'adulte. Parmi ces localisations, les plus intéressantes sont l'hépatite scléro-gommeuse et la cirrhose d'origine syphilitique, dont nous rapportons deux observations typiques.

2° L'hépatite scléro-gommeuse est le prototype de la syphilis hépatique : elle est très analogue, chez l'adulte, à la forme scléro-gommeuse congénitale que l'on observe chez l'adolescent. Elle se caractérise par un gros foie ficelé, dur, et une grosse rate avec lésions histologiques caractéristiques.

3° L'étiologie syphilitique de certaines cirrhoses hypertrophiques, bien qu'évidente pour quelques-uns, reste discutée pour d'autres ; par contre, elle ne peut guère être retenue à l'origine de cirrhoses atrophiques, type Laennec, qui restent presque toujours de nature alcoolique.

De multiples arguments : cliniques, sérologiques et anatomiques, ont été invoqués en faveur de cette origine syphilitique de certaines cirrhoses, qui comportent donc une sanction thérapeutique efficace par le mercure et le bismuth.

4° En conséquence, dans toute cirrhose hypertrophique du foie, songer à la possibilité d'une syphilis en évolution, savoir que l'amélioration est très lente dans certains cas, et attendre plusieurs mois avant de conclure à l'inefficacité du traitement, qui ne devra pas être institué trop tardivement, après que les lésions spécifiques hépatiques et péritonéales auront pris une trop grande proportion.

5° Enfin instituer le traitement spécifique, même en l'absence de réactions sérologiques positives, le malade n'aura qu'à y gagner ; toujours y associer, comme l'a conseillé VILLARET, les extraits hépatiques, afin de faire supporter sans inconvénient le traitement prolongé au mercure.

Et nous ne pouvons mieux conclure, en reprenant l'opinion de SÉZARY, qui vaut aussi bien pour l'hépatite scléro-gommeuse que pour la cirrhose :

« Traiter, certes, avec toute la prudence nécessaire, mais aussi avec toute l'énergie et la persévérance possibles, les cas d'hépatite dont on peut craindre l'étiologie spécifique. »

Vu : *Le Doyen,*
A. BAUDOIN.

Vu : *Le Président de Thèse,*
VILLARET.

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI. — Les grands syndromes des cirrhoses hépatiques. (*Rev. neuro-chirurgie. des mal. du foie*, mars-avril 1932.)
- ACHARD (Ch.). — Cirrhoses syphilitiques. (*Clinique et Labo*, n° 10, 20 novembre 1922.)
- BERGARÈCHE. — Syphilis hépatique et récidives biliaires. (*Presse Méd.*, n° 79, 1932, p. 1483.)
- BALLAND. — Les cirrhoses syphilitiques simulant les cirrhoses alcooliques. (Thèse, Paris, 1912-13.)
- BOUCHER. — La syphilis du foie. Etude clinique. (*Paris Méd.*, 19 mai 1928, p. 449.)
- BRIZARD. — Lésions anatomo-pathologiques du péritoine dans la syphilis viscérale.
- BRULÉ. — Rôle de la syphilis dans l'étiologie des cirrhoses du foie. (*Rev. prat. des maladies des pays chauds*, mai 1928.)
- BRULÉ et BARBAT. — Alcool et syphilis dans la genèse des cirrhoses. (*Presse Méd.*, n° 103, 26 déc. 1931, p. 1903.)
- BRELET. — Quelques formes de syphilis hépatique. (*Gazette des Hôpitaux*, 9 juin 1914.)
- CADE. — Syphilis hépatique. Rôle de la syphilis dans l'étiologie des cirrhoses veineuses. (*Rev. des mal. du foie, du pancréas et de la rate*, t. II, n° 6, nov.-déc. 1927.)
- CADE et MEILHAUD. — Syphilis hépatique à forme néoplasique. (*Journ. de Méd. Lyon*, 20 avril 1931, p. 487.)
- CASTAY. — Syphilis hépatique à forme de tumeur simulant un kyste hydatique. (*Monde méd.*, 1^{er} sept. 1925, p. 688.)

- CASTAIGNE, GOURAUD, PAILLARD. — Les gros foies syphilitiques de l'adulte ; étude clinique et thérapeutique. (*Le Journal méd. français*, 15 avril 1913.)
- CHABROL, COTTET, HAMBURGER. — A propos d'un cas de cirrhose hypertrophique biliaire d'origine syphilitique. (*Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, n^{os} 22-27, juin 1932, p. 104.)
- CHAUFFARD, BRODIN, DEBRAY. — Efficacité du cyanure de mercure au cours des cirrhoses du foie présumées syphilitiques. (*Soc. méd. hôp. Paris*, 28 juillet 1922, p. 1311.)
- CHIRAY et JANET (Henri). — Pleuro-péritonite subaiguë de la syphilis tertiaire. (*Soc. méd. hôp. Paris*, 6 mai 1921, p. 641.)
- COURTOIS-SUFFIT et GIROUX. — Cirrhose du foie avec ascite-péritonite syphilitique suivie de guérison. (*Soc. méd. hôp. Paris*, 24 janvier 1919.)
- DAVIGO. — Forme chronique scléreuse et forme aiguë de péritonite syphilitique. (Thèse, Paris, 1925.)
- ESMEIN et PARVU. — *Arch. gén. de méd.*, 1909.
- FIESSINGER et ALBOT. — Sur le développement et le groupement des cirrhoses du foie. (Rapport à la Société Anatomique, in *Ann. d'Anat. Path.*, t. VI, n^o 7 bis, octobre 1929, p. 895.)
- FIESSINGER. — Les cirrhoses du foie. (*Traité de Pathologie médicale et Thérapeutique appliquée*, XII.)
- Le problème de la curabilité des ascites dans les cirrhoses alcooliques. (*Ann. de Méd.*, XIX, n^o 4, avril 1926, p. 428.)
- GILBERT, CHIRAY, COURY. — La syphilis tertiaire du foie à forme hypertrophique fébrile, les fièvres syphilitiques tertiaires. (*Soc. méd. des hôp. Paris*, 18 mars 1921, p. 417.)
- GRENET et PELLISSIER. — Cirrhose atrophique de Laennec : alcoolisme, syphilis. (*Rev. méd. chirurg. des maladies du foie, pancréas et rate*, juillet-août 1927, n^o 4, p. 311.)
- GRENET. — Cirrhose de Laennec. Syphilis et cirrhoses du foie. (*Monde méd.*, 15 janvier 1924, n^o 639.)
- LEJARS. — Les grosses tumeurs syphilitiques du foie. (*Sem. méd.*, 11 mars 1914.)

- LETULLE et BERGERON. — Réactions sérologiques et syphilis latente. (*Presse méd.*, 21 septembre 1912, p. 777.)
- MOURIQUAND. — Forme pseudo-néoplasique de la syphilis hépatique. (*Soc. méd. des hôp. Lyon*, 27 janvier 1931.)
- MILIAN et LELONG. — Le cyanure de mercure dans les cirrhoses veineuses et les néphrites syphilitiques. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 juillet 1922.)
- PAILLARD. — Deux formes de la syphilis hépatique : forme fébrile, forme cirrhotique et ascitique. (*Journ. Méd. Fr.*, décembre 1922.)
- RIEUSSET. — L'étiologie syphilitique des cirrhoses ascitiques. (Thèse, Montpellier, 1923.)
- SÉZARY. — *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.*, 7 juillet 1932.
- L'ictère parathérapeutique des syphilis. (*Prat. méd. fr.*, 13 décembre 1928, p. 886.)
- Curabilité de la syphilis scléro-gommeuse du foie. (*Académie de Médecine*, 22 juin 1943.)
- TOURAINÉ et RENAULT. — Syphilis ancienne, cirrhose, adénocancer. (*Soc. Derm. et Syphil.*, n° 2, 11 fév. 1932, p. 269.)
- VILLARET et BLUM. — A propos du traitement des cirrhoses veineuses. (*Monde Médical*, 15 septembre 1925.)
- BÉNARD et BLUM. — Contribution à l'étude étiologique des cirrhoses chroniques dites alcooliques. (*Arch. mal. de l'app. digestif*, 1922, n° 5, p. 305.)
- + et JUSTIN-BESANÇON. — Les cirrhoses du foie. (*Nouveau Traité de Médecine*, fasc. XVI.)
- *Nutrition*, avril 1933, t. III, n° 2, p. 143.
- BÉNARD, BLUM, GUILLEMIN. — *Revue médicale des maladies du foie, pancréas et rate*, mai-juin 1933.

